

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Juin 1900, à 1 heure

PAR

Gabriel COSTARD

Né à Juvigny-le-Tertre (Manche) le 25 février 1874

DE L'AMYGDALITE

Ulcéro-Membraneuse Chancriforme
à Bacilles fusiformes et à Spirilles

OU

MALADIE DE VINCENT

Président : M. HUTINEL, Professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, Professeur.

CHARRIN et DUPRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

406
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Juin 1900, à 1 heure

PAR

Gabriel COSTARD

Né à Juvigny-le-Tertre (Manche) le 25 février 1874

DE L'AMYGDALITE

Ulcéro-Membraneuse Chancriforme
à Bacilles fusiformes et à Spirilles

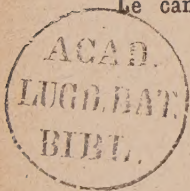
OU

MALADIE DE VINCENT

Président : M. HUTINEL, Professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, Professeur.
CHARRIN et DUPRÉ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE ET BOYER

Imprimeurs de la Faculté de médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	N...
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des mala- dies de l'encéphale	FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux ..	BERGER
	DUPLAY
Clinique chirurgicale	LEDENTU
	TILLAUD
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction

L'étude des angines est sans contredit l'un des points de la pathologie qui a le plus profité des découvertes bactériologiques. Celles-ci permirent en effet de s'apercevoir du grand rôle joué par les espèces microbiennes emprisonnées dans les exsudats et les fausses membranes ; peu signifie que l'angine soit pultacée ou membraneuse, pourvu que l'enduit pultacé ou la couenne fibrineuse contiennent les mêmes micro-organismes, les symptômes infectieux sont identiques dans les deux cas.

L'importance des examens bactériologiques s'accrût encore lors de la vulgarisation, des découvertes de Roux et de Versin. L'étude et la culture des espèces microbiennes acquérant ce jour-là une grande portée] pratique, le nombre des observateurs augmenta notablement et la bactériologie des angines se mit à faire de grands progrès.

De nouvelles formes d'angines furent créées et c'est ainsi qu'en 1898, M. le Dr Vincent, professeur agrégé au Val de Grâce, dont l'éloge scientifique n'est plus à faire, différenciait à l'aide de la bactériologie une nouvelle forme d'angine qu'il dénommait angine diphtéroïde à bacilles fusiformes

Peu de temps après la publication de son mémoire, de nombreux bactériologistes parmi lesquels il faut citer en première ligne MM. Raoult et Thiry de Nancy, confirmèrent par leurs travaux ce que M. Vincent avait annoncé.

M. le D^r Roger, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, ayant bien voulu nous communiquer des observations d'angines de Vincent prises dans son service, nous avons formé le projet de les présenter au monde médical dans notre thèse inaugurale, afin de démontrer ainsi combien la nouvelle forme d'angine décrite par M. le Docteur Vincent répond à une réalité scientifique.

Mais, avant d'aborder notre sujet, nous tenons à adresser à M. le D^r Roger, l'hommage de notre plus vive reconnaissance pour la façon cordiale avec laquelle il nous a accueilli dans son service, la bienveillance qu'il n'a cessé de nous manifester et les conseils qu'il nous a prodigués au sujet de la confection de cette thèse.

Nous ne saurions oublier non plus, tous nos maîtres de l'Ecole de Rennes et en particulier, MM. les Docteurs Bellamy, Dayot père et Lautier ; qu'ils veuillent bien recevoir ici l'assurance de notre profonde gratitude pour le précieux enseignement qu'ils nous ont donné lors de notre séjour au milieu d'eux.

M. le Professeur Hutinel a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il daigne agréer le tribut de notre reconnaissance.

Historique

En mai 1895, au Congrès de la Société française de laryngologie, MM. Moure et Mendel lurent deux travaux intéressants, le premier sur l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, le second ayant pour titre : L'amygdalite ulcéreuse chancriforme.

M. Moure décrivait à l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aiguë, les symptômes suivants ; Début insidieux, passant à peu près inaperçu, gêne légère de la déglutition. A l'examen du malade on trouve sur une des amygdales, plus rarement sur les deux, une ulcération grisâtre, recouverte d'un magma caséeux qui s'enlève facilement. Au-dessous est une surface ulcérée, sanieuse, mamelonnée, rougeâtre, formée de petites fongosités ; les bords en sont rouges, enflammés, taillés à pic ; le reste de l'amygdale ne paraît pas enflammé, ni augmenté de volume.

La lésion est peu étendue ; on songerait au premier aspect à une cautérisation faite avec la pointe thermique dans un espace très limité. En outre, la langue est un peu saburrale, l'haleine un peu forte, sans être absolument fétide.

Les ulcérations peuvent être multiples sur la même amygdale et leur évolution peut se faire séparément. La perte de substance peut atteindre les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et même davantage. La forme de l'ulcération est variable, cependant elle présente le plus souvent une forme arrondie ou ovale. Elle est taillée à pic et surtout assez profonde.

Il y a rarement de la tuméfaction des ganglions.

L'affection est bénigne et éphémère et évolue en l'espace de quelques jours, comme une affection aiguë.

Pour M. Moure, la lésion est due à une inflammation aiguë des cryptes amygdaliennes dont les produits exsudés trop abondants ne peuvent s'éliminer au dehors ; d'où dilatation d'une ou plusieurs lacunes, dont les parois se rompent, se confondent en une cavité anfractueuse, remplie de détritiques épidermiques et de follicules déformés qui usent le tissu sain, la séparant de l'extérieur, à la façon d'un abcès. Il reste, après leur expulsion, un ulcère cratériforme, à bords frangés.

Dans les coupes faites sur des morceaux d'amygdales, enlevés au niveau des ulcérations, on n'a pas pu déceler la présence de micro-organismes. Mais, par contre, l'étude histologique de ces coupes, montre qu'il s'agit d'une destruction localisée des follicules clos, ce qui donne raison à la pathogénie indiquée par M. Moure.

M. Moure relatait dans sa communication six observations qu'il avait étudiées et rapportait trois observations qu'il avait empruntées à Lasèque, à Homolle et à Filloux,

M. Mendel fut surtout frappé, dans le cas qu'il examina, de la ressemblance de ces ulcérations amygdaliennes avec un chancre ou une lésion syphilitique secondaire.

« Il existe, dit-il, une lésion pouvant présenter tous les caractères du chancre de l'amygdale. Cette lésion, c'est une affection de l'amygdale que j'ai eu l'occasion d'observer six fois jusqu'à présent, une sorte d'amygdalite à évolution froide qui a pu tromper les syphiligraphes les plus distingués » (1).

Voici le tableau qu'il nous donne de cette amygdalite:

Le malade se plaint d'une légère dysphagie d'un côté et l'on observe une ulcération circulaire plus ou moins creuse, à bords plus ou moins indurés, recouverte d'un enduit blanc sale qui n'est autre que du tissu mortifié de l'amygdale et qu'on détache difficilement ; la région maxillaire correspondante présente quelques ganglions peu hypertrophiés ; il n'y a pas de fièvre en général, la durée de l'affection est d'environ une semaine.

Lorsqu'ils'agit d'élucider la nature de cette amygdalite particulière, Mendel ne peut nous apporter qu'une hypothèse : C'est peut-être, dit-il, une forme particulière d'herpès dont la période vésiculeuse a passé inaperçue, un herpès ulcéreux.

Le 11 mars 1898, M. H. Vincent, professeur agrégé au Val-de-Grâce, fait une communication à la Société médicale des hôpitaux, dans laquelle il décrit une amygdalite

(1) Mendel. — Archives de laryngologie, décembre 1895.

évoluant de la même manière que celle décrite par Moure et Mendel.

Ne se bornant pas à une hypothèse, comme Mendel, pour expliquer l'origine de cette maladie, il nous en fait connaître l'agent causal, auquel il donne le nom de bacille fusiforme.

« Ce bacille, dit-il, par son aspect morphologique, sa non coloration par le Gram, l'impossibilité de le cultiver, son association fréquenté à un spirille, offre une certaine ressemblance avec le bacille de la pourriture d'hôpital (diphthérie des plaies) que j'ai signalé et décrit (Annales de l'Institut Pasteur, 1896) (1) ».

Monsieur Vincent est donc bien le premier bactériologiste qui ait décrit le microbe spécifique de l'angine en question, puisque ses devanciers n'avaient pas même trouvé de micro-organismes au niveau des ulcérations.

A l'encontre de ses prédécesseurs, ce qui frappe le plus dans cette affection, ce n'est pas son apparence ulcéreuse, mais son aspect diphtéroïde et pour ce motif, il lui donne le nom d'angine diphtéroïde à bacilles fusiformes.

M. Lemoine (du Val-de-Grâce) « Société médicale des hôpitaux, 17 mars 1898 » analyse cinq cas semblables à ceux observés par M. Vincent, il a constaté la même flore bactérienne que ce dernier, mais ce qu'il a surtout retenu c'est l'apparence ulcéreuse de l'amygdalite et non son aspect

(1) A la société médicale des hôpitaux, communication le 11 mars 1898. M. H. Vincent, professeur agrégé au Val de Grâce,

diphthéroïde ; aussi la range-t-il dans la classe des angines ulcéro-membraneuses.

C'est aussi l'opinion de MM. Raoult et Thiry de Nancy, qui, dans une importante communication lue à la Société française de laryngologie, le 2 mai 1898, confirment la nature bactérienne de l'affection qui nous occupe, considèrent que le terme diphthéroïde ne paraît pas bien s'appliquer à ce genre d'amygdalite, étant donné son aspect ulcéreux et pour ce motif la dénomment (amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme).

De nombreux travaux vinrent étayer ceux des bactériologistes précités :

Dopter (Sur un cas d'angine diphthéroïde à bacilles fusiformes et spirilles, Presse médicale, 10 août 1898).

Rispal (Angine diphthéroïde à bacilles fusiformes et spirilles, Société de médecine de Toulouse, 1898).

Abel (Centrabl. f. Bakt. v. Parasit, 15 juillet 1898).

Sacquépée (Société médicale des hôpitaux, 12 janvier 1899. Angine à spirilles et bacilles fusiformes de Vincent).

Le nombre des cas publiés ou connus de la maladie de Vincent était d'environ soixante, lorsque le professeur agrégé du Val-de-Grâce publia de nouvelles recherches dans un article qui parut dans les Archives Internationales de laryngologie (janvier-février 1899) et dans lequel il défendit l'appellation de diphthéroïde qu'il avait donnée à la maladie dont il avait trouvé l'agent causal.

Il ne convertit point cependant à ses idées MM. Raoult et Thiry : Ceux-ci, lors de la session tenue par la Société

de laryngologie en mai 1899, se refusèrent de nouveau à admettre l'angine de Vincent dans la classe des angines diphtéroïdes, pour lui conserver la dénomination d'ulcéro-membraneuse chancriforme.

Monsieur Bosquier (Journal des Sciences médicales de Lille, 6 mai 1899) se rallie à leur opinion et M. Schneider (Presse médicale, 17 juin 1899) décrit un cas d'angine à bacilles fusiformes où la lésion simula un chancre de l'amygdale.

Enfin, M. Freyche (Thèse de Toulouse 1899), associant les deux termes diphtéroïde et ulcéreux, dénomme la maladie de Vincent, angine diphtéroïde et ulcéreuse à bacilles fusiformes.

Ce court historique si incomplet qu'il puisse être, permet toutefois de se rendre compte que l'opinion des bactériologistes, d'accord pour admettre la flore bactérienne décrite par M. Vincent comme productrice de l'amygdalite qui nous occupe, diffère lorsqu'il s'agit de lui donner une appellation.

Obligé de trancher dans le débat, nous estimons que la dénomination d'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme adoptée par MM. Raoult et Thiry est celle qui rend le mieux compte de l'évolution de l'affection au point de vue clinique. Celle-ci ne simule en effet la diphtérie que tout à fait au début et ne peut pas être confondue avec elle lorsque l'ulcération se produit.

Le terme (ulcéreuse) employé seul est insuffisant, car la lésion débute par la formation d'une fausse membrane

qui en se détachant laisse à sa place une ulcération plus ou moins profonde et l'étude bactériologique et clinique montre en outre une similitude complète entre la stomatite ulcéro-membraneuse et l'amygdalite en question, comme évolution et comme flore.

Nous pouvons donc bien l'appeler amygdalite ulcéro-membraneuse et, après avoir rejeté le terme diphthéroïde, qui rend compte seulement du premier stade et crée une confusion, ajouter l'épithète chancriforme, l'aspect de chancre frappant le plus les yeux du clinicien observant à la seconde période, l'affection que pour ces diverses raisons, nous dénommons avec MM. Raoult et Thiry ; amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme avec spirilles et bacilles fusiformes de Vincent.

Anatomie pathologique

L'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme dans son évolution, passe par deux périodes :

On voit d'abord une fausse membrane épaisse, siégeant dans les cas les plus habituels sur une seule amygdale, plus souvent sur les deux. Elle intéresse parfois simultanément une des tonsilles et le pilier voisin.

Au début, l'amygdale est recouverte d'une tache blanchâtre ou grisâtre, peu épaisse, de consistance molle et pouvant être détachée par le raclage ; elle repose sur une surface érodée et saignant facilement. Les contours de cette tache, le plus souvent irréguliers, s'aggrandissent peu à peu et recouvrent parfois une grande partie de l'amygdale. Cette fausse membrane s'enlève par morceau assez difficilement les premiers jours, mais vers le troisième ou quatrième jour, elle se laisse détacher plus facilement qu'au début.

Elle est alors épaisse, molle, presque caséeuse, à sa surface et communique à l'haleine une odeur désagréable ou fétide ; à son voisinage, la muqueuse est œdématiée et érythémateuse.

M. Moure trouve que cet exsudat semble partir de la profondeur et s'enlève facilement comme un exsudat pul-tacé ; il a semblé, au contraire, à MM. Raoult et Thiry, que cette fausse membrane était constituée par un escharre des tissus superficiels de l'amygdale, infiltrés et boursoufflés.

C'est aussi l'opinion de M. Vincent et de MM. Lichtwitz et Sabrazès, de Bordeaux, qui, dans un cas rapporté dans les archives internationales de laryngologie, (Bulletin de mars-avril 1899), examinèrent la fausse membrane au point de vue histo-bactériologique.

Ils constatèrent que la fausse membrane était formée par un exsudat blanchâtre, glaireux, extraordinairement filant, ne se dissolvant pas dans l'acide acétique et se laissant facilement dissocier dans l'eau.

« Cet exsudat était constitué par une gangue de mucus concrété dans laquelle étaient emprisonnés des leucocytes polynucléés, quelques cellules de l'épithélium amygdalien, de rares globules rouges crénelés. La méthode de Gram-Weigert ne donna pas la réaction de la fibrine ; la fausse membrane était de nature mucineuse et recélait un nombre considérable de volumineux bacilles éparpillés, n'ayant aucune tendance à former des amas enchevêtrés, ni des faisceaux compacts (1). »

A la seconde période de l'affection, la fausse membrane étant disparue, on trouve une ulcération profonde, revêtant la forme de la partie mortifiée, à bords irréguliers, taillés à pic. Le fond est saignant, couvert de bourgeons rougeâtres constitués par les petits lobules sous-jacents de l'organe.

Peu de temps après l'enlèvement de l'escharre superficielle, ce fond de l'ulcération se recouvre à nouveau d'un exsudat.

Ce dernier est blanc grisâtre et n'a pas l'épaisseur de la fausse-membrane primitive. Il recouvre incomplètement le fond de l'ulcération et ses parois et ça et là, on aperçoit les petits bourgeons rouges. Cet exsudat secondaire s'enlève assez facilement avec un tampon d'ouate.

L'ulcération se creuse souvent dans la profondeur de plus en plus, probablement en procédant par une nécrose des tissus dont l'exsudat est l'escharre.

(1) Archives Internationales de laryngologie, Mars-Avril 1899, MM. Lichtwitz et Sabrazès, de Bordeaux.

Examens bactériologiques. — Si l'on prend une parcelle de la fausse membrane ou de la matière sanieuse, grisâtre, qui recouvre l'ulcération de la seconde période de l'affection, et qu'on la colore par de la thionine ou par la fuchsine de Ziehl diluée, on constate, dit Vincent « à l'examen bactériologique deux espèces microbiennes tout à fait prédominantes : 1° Un bacille particulier facilement reconnaissable à sa longueur (10 à 12 μ environ), à sa portion moyenne renflée et à ses deux bouts nettement amincis ; 2° un spirille ténu, plus difficile à colorer, très analogue à celui que Verneuil et Clado ont rencontré dans le pus de certains abcès voisins de la bouche, concurremment avec les microbes pyogènes vulgaires, (Verneuil et Clado, abcès spirillaires, G. R. de l'Académie des Sciences, 1889) (1).

Le bacille décrit et nommé par Vincent, bacille fusiforme et considéré par lui comme l'agent causal de l'angine, le spirille faisant défaut dans certains cas d'amygdalite chancriforme alors que le bacille fusiforme est présent, fut constaté ensuite par MM. Lemoine, Raoult et Thiry, Dopter, etc....

Dans les cinq cas que nous publions à la fin de notre thèse, l'examen bactériologique permit de le déceler, associé constamment à des spirilles.

Il en existe des formes courtes, parfois réunies par deux, en accent circonflexe, mais le plus souvent bout à bout.

(1) 11 mars 1893, à la Société Médicale des hôpitaux, communication de M. H. Vincent, professeur agrégé au Val de Grâce.

Dans sa forme courte, il est souvent infléchi, en forme de virgule.

Sa taille est très variable, il y en a d'épais et de gros, d'autres très minces. A côté des formes renflées, en fuseaux presque réguliers, il y a des formes aberrantes, droites ou courbes, renflées ou non, à extrémités effilées en pointes aigües, ou seulement très légèrement atténuées.

A l'état frais, les bacilles ne semblent pas être doués de mouvements propres.

Après coloration par la fuchsine de Ziehl diluée, la trame de ces bacilles apparaît ordinairement parsemée de petites vacuoles irrégulièrement disposées.

Si cette portion claire est unique et qu'elle se rencontre au milieu du bacille, celui-ci ressemble alors à une navette. « Ces espaces clairs ne sont pas des spores, dit Vincent, car, outre qu'ils sont de dimensions inégales, ils ne se colorent pas par les procédés qui colorent ces dernières. Il y a donc lieu de les considérer comme des portions qui ne se sont pas laissé pénétrer par les couleurs d'aniline (1). »

« Ce sont nos préparations colorées par la méthode de Claudius, ou plus simplement par le bleu de méthylène, en solution aqueuse faible, additionnée de 0,70 o/o de chlorure de sodium, qui montrent le mieux ces vacuoles, rapportent Raoult et Thiry » (2).

(1) Vincent, 11 mars 1898.

(2) Raoul et Thiry. Revue hebdomadaire de laryngologie, 23 juillet 1898.

Le bleu de Kühne, le violet de gentiane et d'une façon générale tous les colorants nucléaires, teignent énergiquement les bacilles fusiformes. Ils se décolorent par le procédé de Gram.

La liqueur iodo-iodurée de Lugol ne produit pas sur eux de réaction bleue ni brun acajou. Par contre, le chloro-iodure de zinc, donne au corps bacillaire une teinte brunnâtre qui se détache sur le fond jaune des préparations.

MM. Vincent et Lemoine (Val-de-Grâce) essayèrent de cultiver le bacille fusiforme et n'y réussirent point.

Les tentatives de MM. Raoult et Thiry n'aboutissent pas mieux. Les milieux, 4 fois essayés par ces auteurs, furent : Le sérum de cheval, soit gélatinisé, soit liquide et mélangé à parties égales avec du bouillon de Loeffler, le bouillon, la gélose-sérum de Tachtermann, la gélatine liquide pepto-sel de Metchnikoff, la gélose peptonisée et glucosée au sulfo-indigotate de soude.

MM. Lichtivitz et Sabrazès usèrent des milieux usuels de culture et de quelques milieux spéciaux « bouillon et gélatine aux haricots ». Quelques colonies de streptocoques se développèrent seules.

Dans deux cas que nous rapportons (Observations III et IV), les essais de culture furent de même infructueux.

Dans le premier cas (Observation III) une culture sur sérum faite le 4 septembre, ne donne rien au bout de 24 heures. Quelques jours plus tard sur gélose on trouve des streptocoques, des microcoques et quelques bacilles ne ressemblant pas à ceux trouvés à l'examen direct, qui avait per-

mis de constater la présence de bacilles longs fusiformes très minces et de nombreux spirilles.

Le 8 septembre, l'examen sur lamelle était encore positif, mais l'ensemencement sur sérum fut de nouveau stérile ainsi qu'un autre sur bouillon ; les cultures sur gélose et sur pomme de terre développèrent des colonies de microcoques et aucun bacille fusiforme ne fit apparition.

Dans le second cas (Observation IV), on vit sur le champ du microscope des bacilles fusiformes et des spirilles et cependant une culture sur gélatine ne donna que des streptocoques.

MM. Vincent, Raoult et Thiry ont fait des essais d'inoculation de l'exsudat diphtéroïde sur la conjonctive ou à la surface de la muqueuse buccale des animaux et n'ont pas abouti.

M. Thiry, a paraît-il été plus heureux lors d'une nouvelle tentative et obtenu quelques cultures de bacilles fusiformes au milieu de cultures d'autres micro-organismes vivant en anaérobies « Archives Internationales de laryngologie. Mai-Juin 1899 ».

Quelques observateurs ont numéré les bacilles fusiformes aux diverses étapes de la maladie : Dopter « Presse médicale, 10 août 1898 » constata que les bacilles fusiformes diminuèrent de nombre au fur et à mesure que l'angine évoluait vers la guérison ; par contre, un grand nombre de microcoques apparurent progressivement.

M. Sacquépée (Archives Internationales de laryngologie, janvier-février 1899), s'aperçut dans cinq cas d'amyg-

dalite chancriforme, que les bacilles se faisaient de plus en plus rares, alors que l'affection rétrocédait et étaient remplacés par des bactéries habitant normalement la bouche, telles que le staphylocoque et même le pneumocoque.

L'amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme co-existe parfois avec la stomatite ulcéro-membraneuse et l'évolution de ces deux affections est identiquement semblable (Lacoarret, Thiry et Renault); il n'y a donc rien d'étonnant qu'un bactériologiste M. Abel (Centralb. f. Bakt, 15 juillet 1898) se soit demandé si les bacilles décrits par Vincent n'étaient pas ceux étudiés dans la stomatite ulcéro-membraneuse par Bernheim (Ueber. Emen. Bakt. Befund bei Stomatitis Ulcerosa, Centralb. f. Bakt., 1898, n^{os} 5 et 6).

Le bacille fusiforme se rencontre en effet dans les deux affections et de plus, peut être emprisonné, quoique à l'état très rare, dans l'enduit lingual et le tartre dentaire de certains sujets qui négligent les soins de leur bouche (Vincent).

Monsieur Sabrazès a même eu l'occasion d'observer sa présence dans le pus d'un empyème du sinus maxillaire et d'un abcès laryngien où il était associé à des streptocoques et à des pneumocoques.

C'est un hôte de la cavité buccale et par cela même il est prêt à intervenir comme principal ou unique facteur dans divers processus ulcératifs buccaux et diverses lésions péri-buccales.

Quelques bactériologistes n'admettent pas la spécificité du bacille de Vincent : lors de la session de la Société

de laryngologie en mai 1899, M. Moure profita de la lecture d'un mémoire de MM. Raoult et Thiry sur l'amygdalite ulcéro-membraneuse chancreiforme pour soutenir cette thèse.

M. Escat lui succéda à la tribune et rapporta un fait qui selon lui était de nature à confirmer ce qu'avait M. Moure. Il avait observé à sa clinique une ulcération amygdalienne qui le laissa indécis entre le diagnostic d'amygdalite lacunaire ou de chancre syphilitique et l'examen bactériologique démontra dans l'exsudat, la présence du bacille fusiforme et des spirilles : Quelque temps après le malade présentait des plaques muqueuses ; le bacille de Vincent était donc saprophyte.

M. Raoult répondit, à ces deux contradicteurs, que pour conclure à la spécificité du bacille fusiforme, il fallait le rencontrer en grande quantité. On peut constater en effet, sa présence dans le cas de syphilis, d'herpès, etc., mais toujours en minime quantité.

Il en est de même, en effet, pour le streptocoque qui se multiplie parfois faiblement dans les angines à fausses membranes et peut cependant provoquer à lui seul une angine pseudo-membraneuse.

Le bacille fusiforme est le plus souvent associé à un spirille ténu, plus difficile à colorer que le bacille fusiforme. Vincent a constaté cette symbiose ainsi que Lemoine, Dopter, Raoult et Thiry, etc.

Ce spirille est semblable à celui que l'on observe souvent sur le repli gingival, autour des dents ou à leur

collet. Son aspect est plus ou moins régulier, son corps mince et délié est flexible et ondulant.

Il semble mobile, disent Raoult et Thiry, mais dans deux cas qu'ils rapportent dans leur mémoire, il leur a paru sans mouvements propres.

Dans quatre cas publiés par ces observateurs, les bacilles fusiformes et les spirilles prédominaient sur toutes les bactéries et semblaient presque aussi abondants respectivement.

De Stœcklin (Contribution à l'étiologie des angines ulcéro-membraneuses, centralb.), ayant constaté le même fait, demande à Vincent pourquoi il attribue le principal rôle au bacille fusiforme dans la production de l'angine diphtéroïde.

Bernheim a vu une fois les bacilles prédominer et une autre fois les spirilles.

Vu l'abondance des spirilles dans quelques cas, Vincent leur accorde une réelle importance, mais, dans certaines angines, il a vu que le bacille « est non seulement prédominant mais encore presque exclusif (1) ». Il note de plus, qu'au début de l'affection « la membrane semble constituer une culture pure du bacille (2) » et il cite une observation où il n'existait pas un seul spirille soit dans le frottis de la fausse-membrane, soit dans les coupes de celle-ci. Le streptocoque seul lui était associé, mais seulement à la surface. Dans la profondeur, le bacille fusiforme avait

(1) Archives Internationales de laryngologie, janvier-fév. 1899.

(2) Vincent. Loc. cit.

végété seul et en proportion extraordinaire, bien que le cas d'angine fut relativement bénin. C'est donc ce bacille qui est l'agent pathogène essentiel de cette affection, que Vincent nomme angine diphtéroïde et que nous appelons, avec MM. Raoult et Thiry, amygdalite ulcéro-membraneuse chancriforme à bacilles fusiformes de Vincent.

Étiologie

La maladie de Vincent semble frapper de préférence les jeunes gens. En effet, des cinq observations que nous rapportons, quatre concernent des malades âgés de 19 à 24 ans et MM. Raoult et Thiry ont remarqué de leur côté que tous les cas d'amygdalite ulcéreuse chancriforme qu'ils ont eu l'occasion d'étudier, atteignaient des sujets âgés de 18 à 25 ans. Les examens bactériologiques précédemment cités prouvent que cette affection est due à une culture intense des bacilles fusiformes isolés ou associés à des spirilles.

Ces microorganismes se rencontrent, quoique à l'état très rare, dans l'enduit lingual et le tartre dentaire de certains sujets et profitent soit d'un refroidissement de l'individu, soit de l'inflammation de l'amygdale qui offre

alors un (*locus minoris resistentiæ*) pour envahir la tonsille et se multiplier à sa surface.

Symptômes

Les malades ont ordinairement leur attention attirée du côté de leur gorge par une sensation de gêne légère et un peu de dysphagie. Ceux qui sont soigneux examinent leur gorge et sont tout effrayés de voir sur une amygdale, rarement sur les deux, une tache blanchâtre ou grisâtre.

A la consultation, le clinicien aperçoit une fausse membrane demi molle, épaisse, faisant saillie à la surface de l'amygdale, à bords irréguliers, mais ordinairement d'une forme générale ronde ou ovale, allongée dans le sens de la hauteur de l'organe ; à son voisinage, la muqueuse est œdématisée et érythémateuse.

Cette fausse membrane reste stationnaire après sa formation ou bien tend à s'aggrandir et envahit une surface assez considérable de l'amygdale, mais ordinairement elle ne s'étend pas du côté opposé du pharynx.

L'angine s'accompagne de courbature, de céphalée, d'inappétence, d'état saburral des premières voies et d'un mouvement fébrile peu intense ; la température se main-

tient habituellement entre 37° et 38°, si l'on en croit les observations publiées à la fin de notre thèse.

L'haleine est forte et parfois même fétide ; les ganglions sous-maxillaires ne sont pas engorgés ou du moins le sont peu.

On ne trouve pas d'albumine dans les urines, ce qui semble indiquer que la maladie est purement locale (Sacquépée).

Souvent, les malades ne viennent consulter qu'après la chute de la fausse-membrane qui survient du 8^e au 11^e jour environ et l'on voit à cette période de la maladie, à la place de l'escharre, une ulcération revêtant la forme de la partie mortifiée, à bords irréguliers, taillés à pic.

Le fond en est saignant, parsemé de bourgeons rougeâtres, constitués par les petits lobules sous-jacents de l'organe ; il se recouvre peu à peu d'un nouvel exsudat blanc grisâtre, bien moins épais et moins étendu que la fausse membrane primitive.

Autour de l'ulcération, l'amygdale hypertrophiée, présente une zone congestive.

L'haleine est forte ou fétide, comme à la première période, et le mouvement fébrile nul, ou du moins peu intense.

La marche de l'ulcération est le plus souvent assez lente, avant de parvenir à la cicatrisation.

L'amygdale reste volumineuse et rouge un certain temps encore après que la perte de substance est comblée.

Diagnostic

Lors de l'évolution de la fausse-membrane, sorte d'escarre des parties superficielles de l'amygdale, la maladie de Vincent rappelle l'angine diphtérique.

MM. Rispal, de Stœcklin, ont pensé avant tout examen bactériologique avoir affaire à cette dernière affection.

Sacquépée (du Val-de-Grâce) a pu étudier l'angine en question, lors d'études microscopiques des fausses-membranes suspectes de diphtérie. Vincent, lui-même, a donné le nom d'angine diphtéroïde à cet état morbide, parce qu'il juge qu'il simule la diphtérie à s'y méprendre, si l'on ne tient compte que de l'aspect de la fausse-membrane.

Il est difficile, sinon impossible, de diagnostiquer ces deux affections sans avoir recours à l'examen bactériologique ; toutefois on peut avoir des présomptions en faveur de l'existence de la maladie de Vincent, si la fausse-membrane ne s'étend pas en dehors de la tonsille. D'ordinaire, en effet, elle envahit tout l'isthme du gosier et même le pharynx, lorsqu'il s'agit de diphtérie. De plus l'état général est bien moins satisfaisant dans cette dernière affection que dans l'amygdalite ulcéro-membraneuse.

A la seconde période de la maladie, l'ulcération prend surtout l'apparence du chancre syphilitique, véritable Pro-

tée, selon Mendel, apte à se déguiser de telle sorte qu'il puisse être pris pour des lésions diverses.

On a pour établir le diagnostic : les antécédents, le malaise du début avec parfois un peu de fièvre dans l'amygdalite et un signe important : le chancre syphilitique s'accompagne toujours d'une pléiade de ganglions volumineux, tandis que dans le cas de maladie de Vincent il y a absence fréquente de réaction ganglionnaire ou du moins on ne constate l'existence que de deux ou trois glandes peu développées et roulant sous le doigt.

Pour diagnostiquer l'amygdalite ulcéro-membraneuse des ulcérations gommeuses, qui sont elles aussi recouvertes d'un enduit grisâtre et accompagnées de peu ou pas d'adénopathie, il faut s'appuyer sur les dires du malade, rappelant comment a évolué l'affection. « Les ulcérations syphilitiques débutant ordinairement sur le bord de l'amygdale et non au centre même ou sur les piliers ou la paroi postérieure du pharynx » Raoult et Thiry (1), sur ces antécédents pathologiques, l'efficacité ou l'échec du traitement spécifique et enfin sur l'examen bactériologique de l'exsudat.

La syphilis héréditaire peut déterminer des lésions amygdaliennes, mais il est très rare qu'elle s'arrête là et que le voile du palais, le pharynx les fosses nasales soient absolument indemnes. Du reste, ces lésions très graves ordinairement ont une bien plus longue durée que la maladie de Vincent.

(1) Raoult et Thiry. — Loc. cit.

Peut-on confondre l'ulcération de cette affection avec celle d'origine tuberculeuse ? Cela est difficile, vu l'évolution lente de cette dernière, ses limites peu précises, l'existence de points jaunâtres à la périphérie et son retentissement sur l'état général.

L'ulcération lupique pourrait ressembler parfois à l'amygdalite chancriforme, mais disent Raoult et Thiry « Le lupus ne se cantonne pas en un point précis du tissu amygdalien, ses bords sont toujours rouges et infiltrés, les contours de la perte de substance sont moins nets et sa marche est très lente, insidieuse, se faisant par poussées successives (1).

Il est impossible de prendre l'ulcération de l'amygdalite ulcéro-membraneuse pour un cancroïde ou une lésion herpétique.

Du reste, dans tous les cas douteux, on peut et l'on doit s'adresser à l'examen bactériologique, qui sera alors d'un très grand secours.

Pronostic

Tous les malades soignés par M. Vincent et ceux dont nous publions les observations ont tous guéris sans complication.

(1) Revue hebdomadaire de laryngologie, 23 juillet 1898.

C'est une maladie locale, comme semble l'indiquer l'absence d'albumine dans les urines (Sacquépée) ; aussi, l'amygdalite chancriforme est-elle complètement terminée dès que l'ulcération est comblée.

Toutefois, les malades ne sont pas à l'abri d'une récurrence, mais celle-ci n'a pas la même intensité que la première atteinte.

Traitement

« Cette affection semble assez résistante à tous les moyens antiseptiques employés ordinairement. » Raoult et Thiry (1).

C'est sans doute là le motif pour lequel M. Moure a traité les cas qu'il a observés, par des badigeonnages au chlorure de zinc, au 1/20 ou au 1/30 ; du reste, ses malades guérissent tous rapidement.

M. Mendel, (archives de laryngologie, décembre 1895), s'est servi successivement, de cautérisations de l'ulcération amygdalienne avec la teinture d'iode, d'attouchements à

(1) Raoult et Thiry, Revue hebdomadaire de laryngologie, (23 juillet 1898).

la liqueur de Van Swieten, de badigeonnages au naphthol camphré, tout en prescrivant des gargarismes boriqués ou phéniqués ; il n'a eu qu'à se louer de sa thérapeutique variée, qui a fort bien réussi dans tous les cas, quelque fut le procédé choisi parmi ceux énumérés.

MM. Vincent et Lemoine traitent leurs malades avec des badigeonnages à la teinture d'iode, répétés deux fois par jour et alternant avec des gargarismes boriqués : Leurs résultats sont excellents.

La thérapeutique préconisée par MM. Raoult et Thiry consiste en badigeonnages à la glycérine au formol (Glycérine, 20 grammes formaldéhyde 6 à 10 gouttes) répétés 3 à 4 fois par jour, les malades se gargarisant en outre avec une solution phéniquée à 1 pour 100.

Monsieur le professeur agrégé Roger, de qui nous tenons nos observations, prescrit des cautérisations à la teinture d'iode, ou à la teinture de cochléaria, et tous ses malades guérissent rapidement, ainsi que le démontrent les cas publiés à la fin de cette thèse.

Ce court exposé permet de se rendre compte combien variée est la thérapeutique de l'amygdalite chancriforme ; mais, pour peu qu'on s'adresse à des caustiques assez énergiques, les résultats sont excellents.



Observations

OBSERVATION I (Communiquée par M. le D^r Roger)

Leroux Charles, âgé de 19 ans, entre le 31 juillet 1898, à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, au service des douteux.

Il présente le facies adénoïdien et nous déclare qu'il respire par la bouche et éprouve toujours une sensation de gêne dans les fosses nasales.

Il a déjà contracté trois angines, dont une diphtérique.

Depuis une huitaine de jours, il éprouve de la dysphagie, ressent une douleur assez vive du côté droit de la gorge lorsqu'il avale sa salive ou des aliments.

La douleur s'est accentuée il y a trois jours et depuis a conservé la même acuité.

Il n'accuse ni céphalalgie, ni raideur du cou ; son appétit est normal et il n'a pas eu de vomissements, ni de diarrhée.

La température est de 37°3.

Les deux amygdales sont hypertrophiées, mais sur la droite on aperçoit une ulcération étendue, jaunâtre, anfractueuse, déchi-quetée, qui s'étend sur toute la hauteur de l'organe et n'en dépasse pas cependant les limites ; le fond de l'ulcération est bourgeonnant, fongueux et ressemble à celui d'un chancre syphilitique de la tonsille.

On trouve à la palpation de la région sous maxillaire, un ganglion roulant sous le doigt, douloureux à l'exploration.

On ne connaît aucun contagé.

A l'examen microscopique d'une parcelle de l'amygdale prise sur le fond de l'ulcération, on ne constate pas la présence du bacille de Lœffler, mais, par contre, apparaissent de nombreux ba-

cilles variés, parmi lesquels prédominent des bacilles longs, fusiformes, associés à des spirilles.

On prescrit comme traitement des badigeonnages de l'ulcération à la teinture d'iode.

Le 4 août, l'ulcération est détergée complètement.

Le 9 août 1898, la malade sort de l'hôpital, guéri.

OBSERVATION II (Communiquée par M. le Dr Roger)

Deschamps Louis, âgé de 33 ans, maître d'hôtel, est entré le 12 mai 1899 à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers au service des douteux.

Le 3 mai, il a ressenti de légers picotements dans la gorge et le 10 mai, fut pris d'un mal de gorge intense, ne lui permettant d'avaler ni solides, ni liquides, en dehors de cela, il n'éprouvait aucun malaise.

Le 11 mai, il souffre d'une légère lourdeur de tête et le 12 mai entre à l'hôpital.

Le 13 mai, à l'examen de la gorge, on s'aperçoit qu'elle est rouge et que la luette est tuméfiée. A la partie inférieure de l'amygdale gauche, on constate la présence d'une plaque d'exsudat pseudo-membraneux, de la largeur d'une pièce de un franc et de couleur blanc sale.

De chaque côté de la mâchoire on sent à la palpation quelques ganglions peu volumineux.

La température est normale.

Les urines ne sont pas albumineuses.

L'examen microscopique de l'exsudat, permet d'y noter la présence de nombreux spirilles et de bacilles fusiformes associés.

On se sert comme traitement de badigeonnages à la teinture d'iode. Le malade sort guéri de l'hôpital le 16 mai 1899.

OBSERVATION III (Communiquée par M. le Dr Roger).

Desnoyers, âgé de 24 ans, valet de chambre, entre à l'hôpital d'Aubervilliers, le 23 septembre 1893.

Il n'a jamais été malade.

Il souffre légèrement de la gorge depuis une quinzaine de jours ; la douleur est toujours localisée à gauche.

Il y a 4 jours, le malade a été pris d'une légère dysphagie, et le malaise s'est borné là.

Son teint est un peu pâle et son haleine fétide. A l'examen de la gorge, on constate que l'amygdale gauche dans ses deux tiers inférieurs est affaissée, ulcérée. Cette dépression est recouverte d'un exsudat gris, verdâtre, extrêmement adhérent, présente des contours arrondis et n'empiète aucunement sur les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais, qui la limitent.

On ne constate absolument rien sur le reste de l'isthme et sur le pharynx. Lorsqu'on appuie sur l'amygdale ulcérée, le malade accuse une douleur vive.

On sent à la palpation une masse ganglionnaire arrondie dans la région rétro-maxillaire gauche.

Le malade n'a pas perdu l'appétit et les diverses fonctions digestives s'accomplissent normalement.

La température, le 3 septembre est de 37° 4 ; le 4 septembre, de 37° 1 le matin et de 37° 2 le soir.

Le 4 septembre, l'examen bactériologique de l'exsudat donne les résultats suivants : Sur lamelle, on constate des bacilles longs, fusiformes, très minces et de nombreux spirilles.

La culture sur sérum ne donne rien au bout de 24 heures.

Quelques jours plus tard, sur une culture sur gélose, on

Costard

trouve des streptocoques et des microcoques et quelques bacilles ne ressemblant pas à ceux trouvés à l'examen direct.

Le 6 septembre, la lésion amygdalienne diminue, prend bon aspect ; l'ulcération paraît se combler, mais est toujours recouverte d'un enduit verdâtre.

Le 8 septembre, l'examen bactériologique permet de constater sur lamelle, des bacilles longs, fusiformes, très minces et de nombreux spirilles, exactement comme le 6 septembre.

La culture sur sérum ne donne rien ainsi que celle sur bouillon ; celles sur gélose et sur pomme de terre permettent de constater la présence de divers microcoques, mais on ne trouve aucune trace de bacille dans les cultures.

Traitement. — Badigeonnages à la teinture d'iode.

Le malade sort guéri le 11 septembre,

OBSERVATION IV (Communiquée par M. le Dr Roger).

Tresse Marceline, âgée de 19 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers le 11 décembre 1899.

Le 3 décembre elle a ressenti une certaine gêne pendant la déglutition et la salivation, accompagnées d'une céphalée intense, de raideur de la nuque et de douleurs dorso-lombaires.

Le 11 décembre, elle va consulter à l'hôpital Baujon et de là est envoyée à Aubervilliers.

Le 12 décembre, la malade accuse de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles et de légers picotements dans l'arrière-gorge, mais elle n'éprouve plus de douleur pendant la déglutition et la salivation.

L'amygdale gauche est rouge, hypertrophiée, vient buter contre le bord latéral de la luette qui est déviée légèrement à droite.

On y voit une ulcération à bords très déchiquetés, recouverte

d'un exsudat d'un blanc sale ; autour de l'amygdale, règne une rougeur assez intense.

La région angulo-maxillaire gauche est gonflée et douloureuse à la palpation, ainsi que la région correspondant au sternocleido mastoïdien.

La température est de 37°.

Les urines ne sont pas albumineuses.

A l'examen direct sur lamelle, on trouve des bacilles fusiformes et des spirilles.

Une culture sur gélatine, ne donne que des streptocoques.

Traitement : Cautérisation à la teinture d'iode.

La malade sort le 17 décembre 1899.

OBSERVATION V. (De même source que les précédentes)

Volant Gabrielle, âgée de 21 ans, domestique, entre à l'hôpital d'Aubervilliers, le 2 mars 1900.

Elle n'a jamais eu de maladie.

Le 21 février, elle a ressenti de légers picotements dans la gorge et le 24 février, une assez vive douleur dans cette région, la tourmente, et l'empêche d'avaler facilement les aliments et les boissons.

Le malaise se borne à ces symptômes locaux.

Le 25 février, elle est prise d'une céphalgie très violente et de vertige, et la nuit, des frissons la tourmentent ; les troubles de la déglutition deviennent plus marqués, en même temps que l'articulation des mots se fait difficilement.

Le mal de gorge continue à s'aggraver jusqu'au 2 mars, jour où la malade se décide à consulter un médecin, en ville. Ce docteur l'envoie à l'hôpital temporaire d'Aubervilliers, où elle est admise au service des douteux.

Le 3 mars, on constate que les amygdales, légèrement tuméfiées sont recouvertes d'un enduit pultacé blanc, jaunâtre, et pré-

sentant chacune une légère ulcération. Des ganglions sous-maxillaires sont perceptibles à la palpation.

Les urines ne sont pas albumineuses.

L'examen bactériologique décèle la présence de bacilles fusiformes et de spirilles.

Le 7 mars, la déglutition se fait sans douleur ; la gorge est rouge et la partie supéro-interne de l'amygdale gauche, assez régulièrement érodée en forme de coupe et recouverte d'un exsudat blanc grisâtre, aux dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Cet enduit se retrouve aussi à la partie supérieure de l'amygdale droite, sous le même aspect, mais avec des dimensions moindres.

Le 10 mars, on constate sur la lèvre supérieure et la lèvre inférieure moitié gauche seulement, la présence de vésicules d'herpès.

Le 11 mars, l'exsudat blanc grisâtre a disparu de la surface des deux amygdales.

A gauche, on ne voit plus qu'une ulcération assez régulière et assez profonde, siégeant à la partie supérieure de l'amygdale et présentant la forme d'une coupe.

A droite, s'aperçoit à la partie supérieure de l'amygdale une petite ulcération bien moins étendue que la précédente et moins profonde en même temps que moins régulière.

A la palpation, on sent à la face interne du maxillaire quelques petits ganglions, durs, un peu douloureux à la pression et plus dolents à gauche qu'à droite.

La malade ne ressent plus de gêne et se considère guérie.

En effet, quelques jours plus tard, elle obtient son bulletin de sortie.

Le traitement a consisté en cautérisations à la teinture d'iode et badigeonnages à la teinture de cochléaria, que l'on alternait.

Conclusions

1° Il y a lieu de faire une place à part aux amygdalites ulcéro-membraneuses chancriformes, parce qu'elles sont sous la dépendance d'un microbe spécial, à caractères bien définis et possèdent une symptomatologie particulière.

2° Ce bacille dénommé fusiforme par M. Vincent, professeur agrégé au Val-de-Grâce, qui, le premier en a fait l'étude, est souvent associé à des spirilles. Toutefois, il existe des cas d'angine chancriforme où l'on n'a rencontré que le bacille fusiforme. C'est donc bien lui, l'agent producteur de la maladie en question.

3° La meilleure dénomination à donner à cette nouvelle forme d'angine est l'appellation ulcéro-membraneuse chancriforme, la lésion tonsillaire étant souvent confondue avec un chancre et sa flore bactérienne étant identique à celle de la stomatite ulcéro-membraneuse dont l'évolution est la même.

4° C'est une maladie bénigne, purement locale, ainsi que semble l'indiquer l'absence d'albumine, et qui comprend deux périodes bien distinctes : Période de la fausse membrane et période ulcéralive.

5° On peut la confondre au début avec l'angine diphtérique et à la fin avec un chancre de l'amygdale et diverses autres affections. Le moyen le plus sûr pour arriver à faire le diagnostic dans les cas douteux, consiste dans l'examen bactériologique d'une parcelle de l'exsudat, prélevée à la surface de l'amygdale.

6° L'angine ulcéro-membraneuse cède facilement à des moyens thérapeutiques variés, mais qui se bornent tous en principe à la cautérisation de l'amygdale.

Vu .

Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Bibliographie

Abel. — Bactériologie de la stomatite et de l'angine ulcéreuses ; Centralb. f. Bakt. 15 Juillet 1898.

Bernheim. — Etude clinique et bactériologique de la stomatite ulcéreuse ; Centralb. f. Bakt. Band 23, page 117.

Bosquier. — Poussée d'angine ulcéro-membraneuse avec bacilles fusiformes de Vincent, sur une amygdale atteinte d'hypertrophie chronique ; Journal des Sciences médicales de Lille, 6 mai 1899.

Dopter. — Sur un cas d'angine à bacilles fusiformes de Vincent, Presse médicale, 10 août 1898.

Freyche J. — Etude sur l'angine diphtéroïde et ulcéreuse à bacilles fusiformes de Vincent ; Thèse de Toulouse, 1899.

Lemoine (Val de Grâce). — Société médicale des hôpitaux, séance du 18 Mars 1898, compte-rendu de la séance de laryngologie. Médecine moderne, numéro du 23 mars 1898.

Lichtwitz et Sabrazès (de Bordeaux). — Bacilles fusiformes de Vincent dans un cas d'amygdalite ulcéreuse et dans deux cas de suppuration péri-buccale.

Archives Internationales de laryngologie. Mars-Avril 1899.

Mendel. — Communication faite à la Société Française d'otologie et de laryngologie. Congrès de mai 1895. Archives de laryngologie, décembre 1895.

Moure. — Congrès de mai 1895, de laryngologie. Sur l'amygdalite ulcéreuse chancriforme.

A. Raoult et J. Thiry de Nancy. — Des amygdalites ulcéro-membraneuses, chancriformes avec spirilles et bacilles fusiformes de Vincent. Revue hebdomadaire de laryngologie, 23 juillet 1898.

A. Raoult et J. Thiry de Nancy. — Amygdalites ulcéro-membraneuses, chancriformes ; faits nouveaux. Archives Internationales de laryngologie (mai-juin 1899).

Rispol. — Angine diphtéroïde à bacilles fusiformes et spirilles. Société de médecine de Toulouse, 11 nov. 1898.

E. Sacquépée. — Angine à spirilles et bacilles fusiformes de Vincent. Archives Internationales de laryngologie, janvier-février 1899.

Schneider. — Angine à bacilles fusiformes de Vincent. Archives Internationales de laryngologie, juillet-août 1899.

H. Vincent. — Sur une forme particulière d'angine diphtéroïde, d'angine à bacilles fusiformes. Publication à la Société médicale des hôpitaux, 11 mars 1898. Archives Internationales de laryngologie. Mémoire original. Tome XI, n° 1, page 44, année 1898.

H. Vincent. — Nouvelles recherches sur l'angine diphtéroïde à bacilles fusiformes. Archives Internationales de laryngologie, janvier-février 1899.

Verneuil et Clado. Abscès spirillaires. G. R. de l'Académie des Sciences, 1889.

